

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ
«КАЛУЖСКИЙ ГОРОДСКОЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ»**

**Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных
в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медорганизации для получения
специализированной медицинской помощи**

Я, _____ ,
(фамилия, имя, отчество и дата рождения гражданина либо законного представителя)

«__» _____ Г. рождения, _____ зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне специализированной медицинской помощи в ГБУЗ КО «Городской родильный дом» отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации»:

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия
отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность
развития _____ осложнений _____ заболевания _____ (состояния)

_____ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства:

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

Нижеуказанные графы заполняются только в предусмотренных графами случаях.

Мне разъяснено, что при отказе одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в части 2 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», либо законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа*.

(подпись) (фамилия, имя, отчество одного из родителей или иного законного представителя указанного в части 2 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», либо законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным. Заполняется при отказе указанными лицами от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни)

(подпись) (фамилия, имя, отчество и должность медицинского работника)

«____» _____ Г.
(дата оформления)

Пациент или его законный представитель отказались от документального оформления отказа от медицинского вмешательства, в связи с чем, настоящая запись свидетельствует об оформлении **устного отказа** пациента или его законного представителя от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств

(наименование вида медицинского вмешательства)

(подпись) (фамилия, имя, отчество и должность медицинского работника) «____» _____ Г.
оформления) (дата)

(подпись) (фамилия, имя, отчество и должность медицинского работника) «____» _____ Г.
оформления) (дата)

(подпись) (фамилия, имя, отчество и должность медицинского работника) «____» _____ Г.
оформления) (дата)